

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° 822

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

René Georges GIRARD

Né le 15 Juillet 1914 à Bergerac (Dordogne)

A propos d'un Fibromyome vesical

Technique d'ablation chez la femme.

Président : M. CUNÉO Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

René Georges GIRARD

Né le 15 Juillet 1914 à Bergerac (Dordogne)

A propos d'un Fibromyome vesical

Technique d'ablation chez la femme.

Président : M. GUNÉO Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ...Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ..Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

In memoriam.

A MA MERE

à qui je dois tout.

A MA SŒUR

A MON FRERE

A MA FIANCÉE

AUX MIENS ET A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur B. CUNEO

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*qui m'a inspiré cette thèse et pour qui
j'ai une respectueuse admiration.*

A MES MAITRES

Messieurs les Professeurs SENEQUE, GREGOIRE,

BEZANÇON, TROISIER

Messieurs les Docteurs SICARD, A. BLOCH,

JACQUELIN, GERNEZ, *in memoriam*

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

INTRODUCTION

La question des fibromyomes vésicaux occupe par elle-même, dans la pathologie des affections vésicales, une place assez modeste. Mais la technique opératoire, du fait même qu'elle est en relation étroite avec celle de toutes les tumeurs de la vessie, donne à cette question une importance considérable. En effet, le fibromyome vésical est assez rare et nous n'en trouvons que quelques dizaines d'exemples dans la littérature chirurgicale.

Il n'en est pas moins vrai que son traitement pose au chirurgien des problèmes assez complexes, problèmes soulevés par l'anatomie de la vessie, par ses rapports et par ce fait qu'il s'agit d'un organe essentiel d'élimination où toute intervention mal réglée peut entraîner des complications redoutables, telles qu'une infection locale, une infiltration d'urines dans le tissu cellulaire avoisinant ou une infection rénale.

Il est donc nécessaire que l'indication et que la technique opératoire soient parfaitement réglées.

C'est pour cela que de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet.

HISTORIQUE

Pourtant, la question des tumeurs de la vessie a été complètement méconnue jusqu'au xvi^e siècle et c'est seulement en 1551 que *Lacuna* découvre, par hasard, sur un cadavre, une tumeur vésicale. Il faut attendre 1639 pour que *Covillard* ait l'audace de pratiquer une taille périnéale et qu'au vu de la tumeur, il « l'extirpe en la mouchant avec des tenettes », suivant sa propre expression.

En 1727, *Colot* règle la technique de la taille périnéale, mais à cause de ses inconvénients cette technique est vite mise à l'index et, en 1749, *Le Cat*, de Rouen, extirpe une tumeur vésicale chez la femme en passant par l'urètre. Un siècle plus tard, en 1874, *Billroth* pratique par taille hypogastrique l'extirpation d'un fibrosarcome. C'est un gros progrès dans la technique opératoire, mais à cette époque l'on n'ose pas encore ouvrir le péritoine au cours de cette intervention.

La thèse de *Sonnenburg*, dix ans plus tard, met au point la méthode classique de Guyon, c'est-à-dire l'incision hypogastrique. C'est en 1888 que *Rydygier* propose d'aborder la vessie par voie transpéritonéale. C'est une nouveauté considérable qui donne une idée des progrès de la chirurgie vésicale à la fin du xix^e siècle, car jusqu'ici les chirurgiens, pas assez sûrs de leur technique, hésitaient à inciser le péritoine pour aller extirper une tumeur vésicale.

La voie transpéritonéale — les dangers étant écartés — se révèle plus directe; elle est adoptée.

En 1892, le traité d'*Albarran* vient classer les connaissances antérieures sur la question et résume tous les travaux précédents. Enfin, au début du xx^e siècle, la faveur dont jouissait la voie transpéritonéale subit une éclipse.

mais, en 1908, elle est énergiquement défendue par *Watson* et *Mayo*.

C'est à ce moment qu'apparaissent des méthodes physiques d'ablation qui viennent suppléer la méthode sanglante et dont nous verrons les indications.

En 1910, apparaît la pince-cautère de *Marion* et c'est à cette même date que fut introduite la technique de *Beer*, basée sur l'emploi des courants de haute fréquence et ne nécessitant pas d'incision abdominale, la tumeur étant atteinte par voie urétrale sous le contrôle du cystoscope.

Cette technique ne pouvant être généralisée à tous les cas de tumeurs de la vessie, *Zuckerkand* défend la méthode sanglante et se fait l'apôtre des résections larges.

RAPPEL CLINIQUE

Nous avons dit que le fibromyome était parmi les tumeurs de la vessie une des plus rares. Cette rareté est mise en évidence par la statistique suivante empruntée au docteur Motz et établie chez Guyon : sur 87 cas de tumeurs vésicales, on trouve :

- 25 papillomes,
- 20 épithéliomas papillaires,
- 12 épithéliomas lobulés,
- 6 épithéliomas tubulés,
- 13 cancers,
- 5 cancroïdes,
- 3 adénomes,
- 2 fibromyomes,
- 1 myome.

Au point de vue anatomopathologique, les fibromyomes — tumeurs essentiellement bénignes — sont formés aux dépens des fibres lisses de la musculature vésicale et se développent :

— soit dans l'épaisseur de la musculature, surtout à la base de la vessie; ils sont alors dits interstitiels;

— soit vers la cavité vésicale soulevant la muqueuse et se pédiculisant; ce sont les fibromyomes cavitaires ou sous-muqueux;

— soit vers la périphérie dans le tissu cellulaire pévien; ce sont alors les fibromyomes excentriques.

Cliniquement, ils se caractérisent par un signe essentiel : la présence d'une tumeur, et par un signe accessoire et inconstant : l'hématurie.

La tumeur ne peut être mise en évidence que grâce à une exploration méthodique, où se combinent le toucher vaginal, le toucher rectal et le palper abdominal.

C'est surtout la palpation bimanuelle — la vessie ayant

été vidée préalablement — qui permet de mettre en évidence les grosses tumeurs; le toucher vaginal combiné avec le palper abdominal permet de sentir les tumeurs moins importantes.

D'autres examens peuvent venir ou faire soupçonner ou affirmer la présence d'une tumeur vésicale :

1° Le cathétérisme et la mesure de la capacité vésicale qui est diminuée;

2° La cystoscopie qui permet dans certains cas d'apercevoir la tumeur et qui fait saigner;

3° La radiographie ou plutôt la cystoradiographie au collothor.

Un autre signe secondaire et inconstant peut venir attirer l'attention, c'est l'hématurie.

Il s'agit d'une hématurie spontanée — sans cause incohérente — se produisant même au repos, abondante, totale, mais, grâce à l'épreuve des trois verres de Guyon, on s'aperçoit que cette hématurie est surtout terminale.

En dehors de ces signes, il n'y a classiquement pas de douleur ou très peu de douleur, pas de pollakiurie, pas de troubles de la miction.

L'évolution est longue, la tumeur, augmentant de volume très lentement, provoque peu à peu des troubles de voisinage :

— compressions rectale, urétrale,

— l'infection apparaît et les signes d'alarme sont, en particulier, la pyurie, la rétention, la pollakiurie.

La mort peut survenir par cystite due au sphacèle de la tumeur, par anémie due à l'hématurie répétée ou même par transformation cancéreuse.

Enfin, il faut insister sur la tendance de l'affection à la récurrence, tendance surtout marquée dans les cas où il existe une véritable fibromatose de l'organe.

En réalité nous verrons, par les deux observations présentées, que ce tableau classique n'est pas toujours

exact. Disons tout de suite que, dans le premier cas, il y avait des mictions fréquentes, des urines troubles, une douleur à la miction; dans le deuxième cas, pas d'hématurie, pas de signes urinaires.

Et cela explique, bien qu'elle soit un peu trop catégorique, l'opinion de Heitz-Boyer qui a écrit : « Le diagnostic de fibromyome vésical n'est jamais fait avant l'opération. »

TECHNIQUES OPERATOIRES

Voyons donc maintenant quelles sont les techniques opératoires qui ont été utilisées pour l'ablation des fibromyomes vésicaux.

Les interventions par les voies naturelles mises au point par *Nitz*, en 1891, ne sont possibles que s'il s'agit de tumeurs pédiculées, d'un volume pas trop considérable, d'un siège facile. Elles évitent les inconvénients de l'anesthésie générale, ceux de la laparotomie et aussi ceux de l'infection du tissu cellulaire péri-vésical.

Ces interventions ont aussi le gros avantage de pouvoir être répétées à plusieurs reprises.

Ces méthodes nécessitent le contrôle du cystoscope.

Elles utilisent des instruments variés que nous ne ferons que citer :

anse galvanique de Nitze,
cautère de Nitze,
pince coupante de Schlagintweit,
pince cautère de Marion.

La méthode de Beer, basée sur l'emploi des courants de haute fréquence et qui détruit la tumeur par électrocoagulation, possède de nombreux avantages sur les autres méthodes endoscopiques, entre autres celui de ne pas produire d'hémorragies et de pouvoir se pratiquer en plusieurs séances.

Les méthodes sanglantes trouvent leur emploi dans les cas de tumeurs pédiculées uniques et volumineuses, ainsi que dans les cas de tumeurs sessiles bien limitées n'intéressant pas la région des uretères comme celles qui seront décrites dans les deux observations citées.

Enfin, dans les cas de tumeurs larges infiltrantes.

Les voies d'abord sont multiples. En réalité, une seule

est employée fréquemment, c'est la voie hypogastrique. Les autres sont peu utilisées.

1° La voie sous-pubienne peut être utile en cas de petites tumeurs isolées de la paroi antérieure; elle a été employée par Tenney chez la femme en 1939;

2° La voie périnéale est une voie d'exception qui a été abandonnée;

3° La voie vaginale, par laquelle on réalise la colpo-cystostomie, a des indications restreintes, elle est inutile.

La seule voie d'abord qui soit passée dans la pratique chirurgicale courante est la voie hypogastrique. C'est la plus répandue, c'est aussi la plus ancienne.

Une fois l'incision hypogastrique faite :

a) soit sus-pubienne longitudinale de 5 à 6 centimètres passant entre les muscles droits;

b) soit, comme l'a préconisé Trendelenburg, chez les sujets gras : transversale.

On arrive sur le plan péritonéal et il se pose alors pour le chirurgien le problème de savoir s'il fera la cystostomie en restant sous le péritoine ou en incisant celui-ci.

La voie extrapéritonéale est la taille classique de la méthode de Guyon; elle consiste à recliner le cul-de-sac péritonéal prévésical et à ouvrir largement la vessie;

— elle est surtout utile lorsque l'on pratique la cystectomie totale en cas de tumeur infiltrée très large.

Mayo estime que les insuccès des opérations sont dus en partie à l'exposition imparfaite du champ opératoire et considère que l'opération transpéritonéale est indiquée dans tous les cas de larges tumeurs bénignes ou malignes.

Watson considère que c'est une véritable erreur de ne pas ouvrir le péritoine et que l'ouverture des tissus périvésicaux est plus dangereuse que l'ouverture de la séreuse.

Mais c'est la voie transpéritonéale qui est la plus employée dans les cas de résection vésicale partielle, cas qui nous occupent présentement; on procède ici à une résection large de la paroi vésicale, intéressant toute son épaisseur, et on pénètre dans l'espace périvésical en traversant toute l'épaisseur de la paroi à 2 centimètres au moins de la limite de la tumeur. On sectionne alors la paroi autour de celle-ci en se tenant le plus loin possible. Il est parfois nécessaire de réimplanter l'uretère au niveau d'un orifice créé au trocart; les artérioles sont pincées et liées et l'on reconstitue la paroi au moyen de fils prenant en masse les lèvres de l'incision.

Dans la méthode classique, on tamponne au moyen d'une mèche montée sur un fil dans la partie laissée béante de la paroi vésicale, puis l'on procède à la fermeture partielle de la vessie, puis au rétrécissement de la plaie abdominale.

Dans les jours suivants, il fait changer le pansement, procéder à des lavages avec des solutions antiseptiques telles qu'oxycyanure de mercure ou nitrate d'argent. La sonde urétérale sera laissée 15 jours, il faudra surveiller attentivement le rein afin de prévenir ou de traiter son infection si elle se produisait.

Mais cette méthode présente un gros danger, elle permet l'infiltration des urines dans le tissu cellulaire périvésical et, partant, l'infection de cet espace dont les moyens de défense sont très limités.

Nous verrons que le manuel opératoire utilisé dans notre cas, permet parce qu'on a suturé entièrement la vessie et parce qu'on a assuré un drainage efficace de l'espace cellulaire, d'éviter les risques d'infiltration et d'infection.

Nous allons étudier maintenant les deux observations citées, il s'agit dans les deux cas d'une fibromyome sessile de la portion extra-péritonéale de la vessie.

OBSERVATIONS

La première observation est empruntée à la thèse de J. Doré, qui a pour titre : « Les Tumeurs de la Vessie. Intervention » et qui date de 1911.

Nous ne la donnons que parce qu'elle a beaucoup de points communs avec la nôtre — en particulier la situation anatomique de la tumeur — et aussi parce qu'elle montre d'une façon frappante les inconvénients qui résultent d'une technique opératoire qui n'aurait pas assez le souci d'assurer un bon drainage de l'espace cellulaire périvésical.

La seconde observation présentée est celle d'une malade du Service de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu. Observation qui tire son intérêt de la situation anatomique de la tumeur et de la méthode opératoire utilisée pour son ablation.

OBSERVATION I (empruntée à la thèse de Doré). — Il s'agit de Mme D..., âgée de 41 ans et soignée à l'hôpital Necker pour hématurie et pollakiurie, elle n'a aucun antécédent ni personnel, ni héréditaire.

Cinq ans avant son entrée dans le service de chirurgie, son attention est mise en éveil par la fréquence de ses mictions et une brûlure douloureuse à la fin de celles-ci.

Elle est d'abord traitée par des instillations de nitrate d'argent, s'en trouve bien et retourne chez elle.

Mais deux ans plus tard, elle présente à nouveau les mêmes phénomènes, c'est-à-dire fréquence des mictions, brûlure et fait alors inopinément une hématurie de type terminal. On la met en observation : à ce moment les mictions sont extrêmement fréquentes, se répétant toutes les dix minutes; les urines sont troubles et déposent. A l'examen, on trouve par le palper hypogastrique combiné au toucher vaginal une vessie un peu globuleuse et distendue.

Le toucher vaginal montre au niveau du cul-de-sac et de la paroi antérieure une tumeur volumineuse, grosse comme

une mandarine, dure, peu mobile, semblant faire corps avec l'utérus.

On pense à une tumeur de l'utérus mais la présence des signes urinaires ne cadrant pas avec ce diagnostic on décide de pratiquer une cystoscopie. C'est elle qui établira le diagnostic. Elle permet de voir en effet sur la partie inféro-gauche de la cavité vésicale une masse arrondie blanchâtre.

L'intervention est alors décidée.

A l'ouverture de l'abdomen on s'aperçoit que l'utérus et les annexes sont normaux et l'on découvre une masse faisant une forte saillie à l'intérieur de la cavité vésicale et englobant l'uretère droit.

On énuclée cette masse, on pratique une résection large de la tumeur et l'on draine la vessie par un tube-siphon sous-pubien.

Un examen histologique de la pièce affirme que la tumeur est bien un fibromyome avec prédominance de tissu musculaire.

La malade se rétablit lentement mais, à plusieurs reprises, elle fait de très fortes poussées de température en rapport avec un défaut de drainage.

Dans les mois qui suivirent, l'état général se rétablit — la malade grossit de plusieurs kilogrammes — ses urines sont re-devenues claires et ses mictions normales dans le temps.

OBSERVATION II. — Il s'agit d'une femme de 59 ans, adipeuse, pesant 73 kilos au moment de l'opération. Depuis cinq mois, elle se plaignait exclusivement d'une douleur à siège périnéo-anal gauche, douleur continue mais qui s'exacerbaît une demi-heure avant la défécation et atteignait son maximum au moment de celle-ci.

C'était le seul signe que l'on pouvait mettre en évidence. La malade n'avait constaté qu'un léger amaigrissement dû peut-être à une restriction alimentaire volontaire. Mais il n'y a ni hématurie, ni pollakiurie.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien de particulier, sinon une crise d'appendicite sanctionnée par une intervention chirurgicale en 1935.

Au début de cette période douloureuse, la malade est soignée pour hémorroïdes internes.

Mais peu à peu la douleur augmente, conservant son siège et s'exacerbent aux mêmes heures.

A son entrée dans le service de M. le Professeur Cunéo, le 14 septembre 1939, un examen est pratiqué.

1° Un toucher vaginal permet de sentir une masse dans le cul-de-sac vaginal gauche, mais un peu en avant, par rapport au col utérin;

2° Un palper abdominal combiné avec le toucher vaginal permet de retrouver cette masse — de la grosseur du poing — située dans l'hypocondre gauche, mais près de la ligne médiane;

3° La mobilisation de l'utérus n'entraîne pas la tumeur;

4° Le toucher rectal ne montre pas l'existence d'hémorroïdes internes, mais permet de retrouver le pôle postérieur de la tumeur.

— Quel pouvait être le diagnostic?

1° On écarte d'abord le diagnostic d'hémorroïdes que le toucher rectal infirme absolument;

2° On pourrait, à la rigueur, retenir celui de fibrome utérin, mais il n'y avait pas d'hémorragies utérines, pas d'écoulements hydorrhéiques, seule le syndrome de compression rectale pouvait y faire penser, le volume normal de l'utérus, sa consistance normale, sa mobilité normale, le manque d'ascension du col utérin permettent d'écarter ce diagnostic;

3° Il restait un troisième diagnostic à envisager — le plus délicat — c'est celui de kyste ovarien.

La constatation de cette tumeur latéro-utérine, séparée de l'utérus par un sillon, masse bien limitée, indolente de consistance élastique, dont les mouvements ne se transmettent pas au col, associée à un utérus normal, pouvait faire penser à un kyste avec compression rectale.

On envisage alors l'intervention chirurgicale.

— Quelles étaient les raisons de cette opération?

1° La douleur qui devenait vraiment intolérable et qui faisait de cette femme une martyre;

2° La constatation d'une masse grosse comme le poing siégeant dans l'hypocondre gauche.

— Quelles étaient les contre-indications possibles?

L'état général de la malade est excellent.

Le système cardio-vasculaire normal.

Des examens pré-opératoires pratiqués donnent les résultats suivants :

a) Une numération globulaire :

Globules rouges	4.120.000
Globules blancs	7.000
Polynucléaires	61 0/0

b) Un dosage d'urée dans le sang :
0,24

c) Une analyse d'urines :
Sucre = 0
Albumine = 0

d) Temps de saignement, 1 min. 1/2.
Temps de coagulation, 16 minutes.

e) La température oscille entre 37° et 37°8 pendant les quatre jours qui précèdent l'opération.

Devant le bon état général de la malade, on décide donc d'intervenir.

INTERVENTION

On décide donc d'intervenir par laparotomie médiane sous-ombilicale.

L'intervention a lieu le 18 septembre.

On pratique une anesthésie générale au mélange de Schleich, puis une incision médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine et à l'examen du pelvis, après avoir mis la malade en position de Trendelenburg, on ne trouve aucune anomalie de la cavité pelvienne.

L'utérus et les annexes sont sains.

Mais en palpant le fond du pelvis, on trouve en avant du ligament large, à gauche de la partie basse de la vessie et de la partie supérieure du vagin (fig.), une tumeur solide mais de consistance molle, siégeant sur la base du ligament large gauche, mais plutôt en avant de celle-ci.

On la découvre en incisant le feuillet antérieur du ligament large et en coupant le ligament rond gauche entre deux ligatures. On met ainsi à jour la partie terminale de l'uretère qui est placé en dehors de la tumeur, celle-ci est alors énuclée des parties voisines.

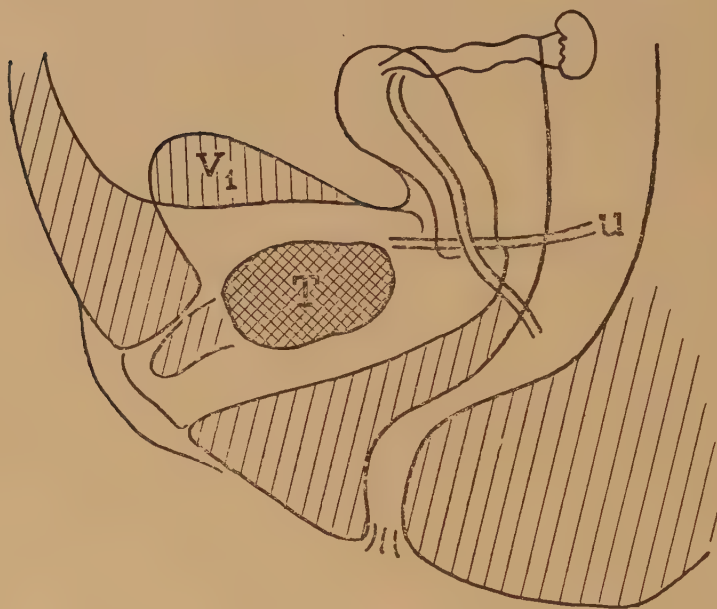
Jusqu'à ce moment, l'opérateur hésite pour savoir si le point de départ est vaginal ou vésical. Mais, en continuant l'énucléation, il s'aperçoit que la tumeur tient à la partie latérale et inférieure de la vessie et l'ablation de la masse entraîne une perte de substance de la vessie qui est ouverte sur une longueur de 6 à 7 centimètres.

Il pratique une suture extrêmement soignée de la vessie en deux plans :

- 1° Un plan total muco musculaire;
- 2° Un plan musculo-musculaire.

Il procède ensuite au drainage de l'espace cellulaire latéro-vésical en pratiquant une contre-incision au ni-

SCHÉMA MONTRANT LA SITUATION ANATOMIQUE
DE LA TUMEUR



T TUMEUR
V PARTIE SOUS-PÉRITONÉALE DE LA VESSIE
U URETÈRE

veau de la partie inféro-latérale de la vessie. Contre-incision dans laquelle il introduit un drain de caoutchouc N° 43 et une mèche iodoformée.

Ceci fait, l'opérateur procède à une fermeture complète très soigneuse du péritoine pelvien, puis à la fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Après l'opération, l'état de la malade est aussi bon que possible. La température, qui était montée à 39°, redescend le lendemain et se maintient entre 37° et 38°. Les urines sont évacuées normalement par la sonde à demeure.

Un examen histologique, pratiqué par la suite, montre qu'il s'agit bien d'un fibromyome.

CONCLUSION

L'intérêt de l'observation originale qui a été présentée repose sur deux faits :

1° La situation anatomique du fibromyome placé dans la zone extra-péritonéale de la vessie — en dehors et au-dessous de celle-ci — au-dessous du cul-de-sac antéro-gauche du vagin;

2° La technique opératoire utilisée.

A savoir :

Une repéritonisation soigneuse,
la fermeture totale de la plaie vésicale,
la mise en place d'une sonde à demeure et surtout d'un drain de caoutchouc dans l'espace cellulaire, drainant cet espace à travers la partie inférieure du bord latéral du vagin.

Cette technique a pour principal avantage de créer un drainage déclive de l'espace sous-péritonéal, drainage nécessaire en raison de l'aléa de la suture due aux difficultés qu'elle présente.

Elle mérite par là d'être retenue.

Vu le Doyen :

Vu le Président de thèse :

TIFFENEAU.

CUNÉO

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Traité des tumeurs de la vessie. (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 5 juillet 1939.)

Berg. — A Radical of for malignant tumors of urinary bladder. (Ann. Surg. Phila., 1904, T. XL, p. 382.)

Doré. — Les tumeurs de la vessie. Interventions. (Thèse, Paris, 1911.)

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. Paris, 1888.

Heitz, Boyer et Doré. — Tumeurs musculaires lisses de la vessie.

Legueu. — Traité d'urologie.

Marion. — Traité d'urologie.

Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie. (Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires, 13 mai 1939.)

Mayo. — Transperitoneal humoral of tumors of the bladder. (Ann. J. of Obstet., New-ork, 1908.)

Motz. — Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. (Ann. J. d'Urologie, 1899.)

Watson. — Sur quelques points du traitement opératoire des tumeurs de la vessie. (Soc. de Chir. Urolog. Ann., Montréal, 23 juin 1905.)

Zuckerkind. — Resektion der Hamblase. Wien. Klin., Woch 1901, p. 403.)

— Rapport du II^e Congrès all. d'Urologie (3^e séance).

